

Sote-uudistuksen vaikutuksista julkisen talouteen

Sote-uudistusta koskevien lakiesitysten keskeisenä heikkoutena on, että niissä on käsitelty varsin puutteellisesti niitä valtiontaloudellisia vaikutuksia, joita lakiesityksen hyväksymisestä aiheutuisi. Seuraavassa käsitellään näistä keskeisiä.

Yksityisen lääkäri- ja suunhoidon rahoitusvastuun kasvu

Huomattava julkisen vallan menojen kasvun aiheutuu siitä, että ne yksityisten lääkäri- ja hammashoitotoimijoiden asiakkaat, jotka ovat saaneet yhteiskunnalta pelkän Kela-korvauksen, pääsevät tilanteeseen, jossa valtaosa hoidon kustannuksista maksetaan valtion varoista. Varovaisena arviona voidaan pitää sitä, että ne asiakkaat, jotka ovat käyttäneet yksityisiä lääkäri- ja hammashoitopalveluja, olisivat myös tulevana vuosina valmiit käyttämään näitä palveluja varsinkin, kun näiden palvelujen asiakasmaksut alenisivat merkittävästi nykyisestä tasostaan.

Lääkäripalkkiosta Kela-korvauksia maksettiin vuonna 2016 noin 1,6 miljoonalle henkilölle ja hammashoidon korvauksia vastaavasti 1,0 miljoonalle henkilölle. Kolmantena eränä 1,2 milj. henkilölle maksettiin Kela-korvauksia tutkimuksista ja hoidosta. Kysymys on tällöin siitä, minkälainen lisäkustannus syntyy siitä, että nämä asiakkaat siirtyvät nykyistä selvästi suuremmassa määrin valtion rahoitusvastuun piiriin.

Nämä 1,6 miljoonaa henkilöä maksoivat lääkäripalkkioita 352 miljoonaa euroa ja vastaavasti 1,0 miljoonaa henkilöä maksoi hammashoidon palkkiota 355 miljoonaa euroa. Lisäksi 1,2 miljoonaa henkilöä maksoi tutkimuksista ja hoidosta 244 miljoonaa euroa eli yhteensä **951** miljoonaa euroa. Nykyisessä järjestelmässä asiakkaat ovat saaneet Kela-korvauksia lääkäripalkkioista 16,7 % (eli 59 miljoonaa euroa). Vastaavasti hammashoidon maksuja on Kela-korvauksilla tuettu 17,7 % (eli yhteensä 56 miljoonaa euroa) ja tutkimus- ja hoitomaksuja 14,7 % (eli 43 miljoonaa euroa).¹ Kela-korvaukset olivat näin ollen yhteensä **158** miljoonaa euroa. Asiakkaiden itse maksamat nettomaksut olivat näin ollen **793** miljoonaa euroa.

Hallitus on linjannut, että sote-keskusten asiakasmaksut pidetään suuruusluokaltaan saman tasoisina kuin nykyisissä terveyskeskuksissa. Tällöin maakunnallisten ja yksityisten sote-keskusten asiakasmaksut olisivat saman suuruiset.

Jotta asiakkailta perittävät asiakasmaksut voidaan alentaa myös nykyisen yksityisen lääkäri- ja hammashoidon asiakkaille saman tasoiseksi kuin muissa sote-keskuksissa sovellettaisiin, olisi nykyistä Kela-korvausta vastaavaa yhteiskunnan vuotuista tukea

¹ Esitettyjen lukujen lähteenä on Kelan ylläpitämä Kelasto-aineisto.

Reijo Vuorento
4.6.2018

2

nostettava moninkertaiseksi ja vähintään 500 miljoonalla eurolla. Tämän mukaisesti vuosina 2020-2029 tästä seuraisi noin **5 miljardin euron** julkiseen valtaan kohdistuva kustannusten kasvu.

On syytä korostaa sitä, että tämä valtion tuen lisätarve kattaisi vain nykyisten Kela-korvausta saavien yksityisten lääkäriasemien ja hammashoitopalveluja saavien asiakkaiden asiakasmaksujen alentamisen samassa laajuudessa kuin mitä nämä asiakkaat ovat vuonna 2016 Kela-korvausta saaneet. Kuitenkin kun asiakasmaksut alenevat murto-osaan nykyisestä tasostaan, näiden palvelujen kysyntä ja tarjonta kasvavat. Näin ollen tästä toiminnan volyymin kasvamisesta, jota on kutsuttu jonojen purkamiseksi, aiheutuu vielä erillinen valtion tuen lisätarve. Tästä johtuvan lisätarpeen arviointi on ei ole tarkasti laskettavissa, mutta kysymys on huomattavista euromääristä. Olennaista asiassa on myös se, että toiminnan laajentuminen olisi suurelta osin maakuntien kontrollin ulkopuolella, joten sote-toimintojen menojen budjetointi tulisi olemaan merkittävältä osin tyhjän päällä.

Työterveyshuolto

Myös työterveyshuollon asemassa tapahtunee merkittäviä muutoksia.

Työterveyshuollon piirissä vuonna 2015 oli 1 813 000 työntekijää.

Sairaanhoitokäyntejä tapahtui 4,8 miljoonaa. Työterveydenhuollon hyväksytyt vuotuis-kustannukset olivat **782** miljoonaa euroa. Näistä palveluista aiheutui Kelan korvattaviksi **339** miljoonan euron kustannukset.²

Koska sote-uudistuksessa julkisen vallan maksama osuus perusterveydenhuollon vaatimista kustannuksista on selvästi korkeampi kuin työterveyshuollossa, on pidettävä todennäköisenä, että työterveyshuollon markkinaosuus sairaanhoidosta laskee vaiheittain nykyisestä tasostaan. Käytännössä tämä voisi merkitä sitä, että työterveyshuollon palvelut rajoittuisivat nykyistä enemmän ennalta ehkäisevään toimintaan ja varsinainen sairaanhoito tapahtuisi enenevässä määrin sote-keskusten ja erikoissairanhoidon puitteissa.

Se, missä määrin tällaista siirtymää tapahtuu, ei ole tarkasti arvioitavissa. Asiaan on kuitenkin syytä kiinnittää huomiota valtiontaloudellisten kustannusten kasvun ohella myös siksi, että tämä prosessi saattaa johtaa hyvin toimivan työterveydenhuollon keskeisten osien vähittäiseen rapautumiseen.

Kapitaatiokorvaukset

Edellä käsiteltyyn työterveyshuoltoa koskevaan asiaan liittyy myös tärkeältä osin kysymys sote-keskusten kapitaatiokorvausten määräytymisestä. Kysymys on tällöin

² Lähteenä Kelan Työterveydenhuoltotilasto 2015 s.14 ja 41.

siitä, että useissa tapauksissa yksityisten sote-keskusten asiakkaina tulisi olemaan asiakkaita, jotka ovat saman toimijan hallinnoiman työterveyshuollon asiakkaita, jolloin merkittävä osuus näiden asiakkaiden hoidosta maksettaisiin työterveyshuollon varoista.

Tällöin näiden asiakkaiden aikaansaaman työterveyshuollon tulovirran tulisi näissä tapauksissa pienentää kapitaatiokorvausten suuruutta. Tätä ei kuitenkaan hallituksen esityksessä käytännöllisesti katsoen lainkaan käsitellä. Ainoa viittaus tähän asiaan on valinnanvapauslain esitöiden 65 §:n pykäläperustelujen maininta, jonka mukaan työterveyshuolto tulisi otetuksi huomioon asiakkaiden sosio-ekonomisen aseman kautta.³ Tämä ratkaisu ei ole mitenkään tyydyttävä, koska asiakkaiden sosio-ekonominen asema ei kuvasta sitä, missä määrin asianomainen asiakasryhmä on saanut työterveyshuollon palveluksia. Asia on muutoinkin käsitteellisesti vaikea, koska ei ole olemassa mitään selkeää yhtä työterveyshuollon tasoa, vaan toiminnan laajuus voi nykyisen lainsäädännön puitteissa vaihdella työnantajakohtaisesti huomattavasti.

Jo yksin nämä seikat tekevät kapitaatiomalliin perustuvan rahoitusratkaisun soveltamisen lähestulkoon vaikeaksi.

Hallituksen 3 miljardin euron säästötavoite

Hallitus on arvioinut, että vuoteen 2030 mennessä voitaisiin saavuttaa 3 miljardin euron kustannussäästö nykyisen lainsäädännön mukaiseen kehitykseen verrattuna. Tämä olisi hallituksen mielestä seurausta tuottavuuden parantumisesta aiheutuvista kustannussäästöistä.

Tältä osin on ensinnäkin todettava, ettei esitetystä mallissa tuottavuuden noususta sinänsä aiheudu yhteiskunnan menojen alenemista, vaan maakunnan kannettavaksi tulevat perusterveydenhoitoa koskevat menot johtuvat lähinnä kapitaatiokorvausten kehityksestä, joista päätöksen tekisi kukin maakunta erikseen.

Maakunnan puolestaan olisi vaikea arvioida tuottavuuden kehityksen vaikutuksia niiden määriteltäessä kapitaatiokorvausten tasoa. Tähän vaikuttaa osaltaan se, että yksityisten palvelutuottajien neuvotteluasema on vahva, koska ne voivat aina uhata lopettavansa näiden palvelujen tuottamisen kuuden kuukauden kuluessa, ellei kapitaatiokorvausten taso ole heitä tyydyttävällä tasolla.

Tämän seurauksena, jos kapitaatiokorvaukset ovat yksityisten palvelutuottajien mielestä liian alhaiset, näiden palvelutuottajien intressissä on reagoida asiaan. Sen sijaan, jos kapitaatiokorvaukset ovat joiltakin osin tarpeettoman korkeat, ei vastaavanlaista reagointia ehkä tapahdu. Todellisuudessa kapitaatiokorvaukset

³ HE 16/2018 s.294 ja 388 – 389.

Reijo Vuorento
4.6.2018

4

muodostavat siinä määrin keskeisen osan sote-toiminnan tuloksesta, että sote-yritysten intressissä on kohdistaa jatkuvaa painetta maakunnallisia ja valtiollisia päätöksentekijöitä kohtaan.

Hallitus on ollut tietoinen siitä, ettei 3 miljardin euron säästötavoite voisi toteutua, jos asia jätettäisiin maakuntien päätettäväksi. Tästä johtuen on rakennettu hallinnollinen valtion keskushallinnon ohjausmekanismi (maakunnan rahoituslaissa säädetty indeksileikkuri), joka rajaa maakuntien rahoituksen tason siten, että 3 miljardin säästötavoite toteutuisi. Tämänkin ohjausmekanismin käyttö edellyttää säästötavoitteen toteuttamista lähinnä kapitaatiokorvausten tasoa koskevilla päätöksillä. Kysymys on tällöin ensinnäkin siitä, olisivatko maakunnat valmiita tekemään ohjausmekanismin edellyttämiä päätöksiä. Lisäksi koska kapitaatiokorvaukset koostuvat monesta eri komponenteista, joiden keskinäisistä painoista ei ole luotettavaa tietoa, pelkkien kapitaatiokorvausten määrittäminen ei johda tietoon kokonaiskustannusten suuruudesta.

Valtion, kuten kunnankin ohjausmekanismi on myös alisteinen kansalaisten oikeudelle välttämättömiin palveluihin, kuten terveyspalveluihin. Juuri tämä on aiheuttanut monen kunnan osalta menojen ylityksiä erikoissairaanhoidon. Viime aikoina tilanne tältä osin kuitenkin parantunut kuntien omistajaohjauksen tehostuttua ja yhteistyön parannuttua. Muun muassa HUS:ssa on suurimpien kaupunkien ja HUS:n johdon yhteinen Hustra -ryhmä jossa käsitellään kaikki toimintaan ja talouteen liittyvät merkittävät asiat, kuten investoinnit.

Kuvitelma siitä, että valtion budjettiraamiohjauksella näitä menoja voitaisiin nykyistä paremmin hillitä, on täysin harhainen. Esimerkiksi HUS:ssa on lähetekekus, joka käsittelee niin yksityisten kuin kuntien lähetteet ja palauttaa ne, joiden perusteella potilas kuuluisi perusterveydenhuoltoon. Erikoissairaanhoidossa ei enää hoideta juurikaan sellaisia potilaita, jotka kuuluvat perusterveydenhuollon vastuulle.

Kuten edellä on todettu, hallitus on perusteettomasti olettanut, että tuottavuuden nousu itsessään alentaa julkisen vallan menoja. Kun kuitenkin todellisilla kustannuksilla on tässä prosessissa oma merkityksensä, on perusteltua tarkastella sote-keskusten kustannusten todennäköistä kehitystä. Tässä yhteydessä palkkakustannusten nousu on keskeisessä asemassa.

Sote- ja maakuntahallinnon toteuttaminen aiheuttaa hyppäyksellisesti monien työntekijäryhmien kysynnän kasvun. Tästä seuraisi se, että eri terveyspalvelujen tuottajat joutuisivat kilpailemaan nykyistä suuremmassa määrin lääkäreiden ja myös muun terveydenhoitohenkilöstön palkkaamisessa.

Reijo Vuorento
4.6.2018

5

Koska esimerkiksi lääkäreitä ei ole työttöminä ja muukin terveydenhoidon henkilökunta on pääosaltaan täystyöllistettyä, seurauksena olisi terveydenhoitosektorin palkkatason ylimääräinen nousu. Tämä heijastuisi maakunnan sote-toimijoiden yleiseen kustannustason nousuun, joka puolestaan vaikuttaisi paineeseen nostaa kapitaatio- ja muita vastaavia korvauksia.

Hallituksen 3 miljardin euron säästötavoite perustuu oletukseen, jonka mukaan sote-järjestelmän toteuttaminen parantaisi tuottavuutta 0,7 prosentilla vuotta kohden. Tämä oletus on täysin epärealistinen. Päinvastoin voidaan arvioida, että johtuen sote-henkilöstön määrän hyppäyksellisestä kasvusta ja muista laajoista hallinnollisista prosesseista voisi tapahtua noin 0,7 prosentin ylimääräinen palkkojen vuotuinen nousu tai ainakin niin, että sote-keskuksille maksettavien kapitaatio- ja muiden korvausten taso kasvaisi eri syiden perusteella 0,7 prosentilla normaalitasoon verrattuna. Tällöin 3 miljardin euron säästö muuttuisi tältä osin 3 miljardin euron lisäkustannukseksi.

Huomattava osuus tästä ylimääräisestä noususta on jo toteutumassa etupainotteisesti, sillä valtiovarainvaliokunta on mietinnössään (VaVL 5/2018) arvioinut yksin palkkaharmonisaation kustannuksiksi 700 - 1 000 miljoonaa euroa. Tämä lisäkustannus johtuu siitä tilanteesta, jossa 220 000 palkansaajan työsopimukset jouduttaisiin tekemään uudestaan. Sote-uudistuksen toteuttamisen käynnistyskustannuksiksi on lisäksi arvioitu noin 500 - 1000 miljoonan euron lisäkustannus.

Lisäksi uudistuksen vaikutukset kuntien nykyisen eläkejärjestelmän kestävyteen ovat pitkälti tekemättä. Mikäli valinnanvapauden myötä aiemmin kuntasektorilla eläkevakuutettuja siirtyisi merkittävässä määrin yksityisen sektorin palvelukseen ja sen myötä pois Keva:n vakuutus pohjasta, julkisen eläkejärjestelmän ja sen myötä julkisen työntekijän kilpailukyky heikkenisi suhteessa yksityisiin toimijoihin.

Terveydenhoitojärjestelmän kokonaistehokkuus

Olennaista tämän toimialan kehityksessä eivät ole vain valtiontaloudelliset näkökohdat, vaan tilanne heijastuu koko terveydenhoitojärjestelmän keskeisimpään tavoitteeseen, jonka mukaan pätevimpien lääkäreiden tulisi työskennellä nimenomaan sellaisissa tehtävissä, joissa heidän erikoisosaamisensa tulee parhaiten hyödynnettyksi.

Sote-uudistuksen vaikutuksesta on jo nyt tapahtumassa kehitys, jonka mukaan vaativia toimenpiteitä erikoissairaaloissa tekevät huippuasiantuntijat siirtyvät hyvin palkattujen tavanomaisempia palveluja tarjoavien yritysten lääkäreiksi. Tämänkaltaista kehitystä on jo tapahtunut yksityisten palvelutuottajayritysten perustamisen yhteydessä. Asiantuntijat ovat korostaneet sitä, että myös yöpäivystysten turvaamisessa voi syntyä vastaavista syistä vaikeuksia. Julkisuudessa on annettu ymmärtää, että tämänkaltaisen uhka olisi torjuttu erikoissairaanhoidon yksityistämiseen liittyvien asiakasaseteloiden määrää rajoittamalla. Tämä toimenpide ei kuitenkaan ole riittävä käsitellyn ongelman ratkaisemiseksi.

Tämänkaltainen näkökulma liittyy myös siihen, että muun muassa erikoistuvien lääkäreiden koulutus voidaan järjestää mahdollisimman tehokkaasti sekä siihen laajalti hyväksytyyn tavoitteeseen, jonka mukaan asiakkaat tulisi aina hoitaa niin pitkälle kuin mahdollista hoitohierarkiassa mahdollisimman alhaisella eli optimaalisella tasolla.

Tämän tavoitteen mukaisesti olisi pyrittävä ehkäisemään sitä, että yksityiset peruspalvelujen tuottajat siirtäisivät asiakkaitaan perusteettomasti lähetteellä erikoissairaanhoidon tarjoavalle julkisen vallan toimijalle. Asian taustalla on se tosiseikka, jonka mukaan yksityisen toimijan tuloksenteon kannalta tämän kaltainen toiminta olisi liiketaloudellisesti perusteltua. Se, että tällaista toimintaa kyettäisiin hillitsemään riittävästi maakunnallisen hallinnon virkamiesten valvonnalla, ei ole käytännössä uskottavaa.

Hallitus on ollut tietoinen tarpeesta hillitä tämänkaltaista toimintaa ja käsitellyt asiaa lyhyesti valinnanvapauslain 68 §:ssä ja sen esitöiden pykäläperusteluissa.⁴ Tämän säädöksen tarkoituksena on antaa maakunnille mahdollisuus lisätä kapitaatiokorvauksiin elementti, jolla kannustetaan sote-keskuksia toimimaan siten, ettei perusteettomia hoidon siirtoja muille toimijoille tapahtuisi. Se, sopiiko kapitaatiokorvausmekanismi keinona tähän tarkoitukseen, ja se, minkälainen voisi kapitaatiokorvauksen rakenne tässä yhteydessä olla, jää täysin epäselväksi.

Johtopäätöksenä on, että terveydenhuollon eri tasojen toimijoiden omistuksen eriyttäminen on osaltaan heikentämässä terveydenhuollon eri tasojen integraatiota. Tästä puolestaan seuraa kokonaiskustannusten kasvua ja samalla valtion kustannusrasituksen nousua.

Tässä yhteydessä on syytä kiinnittää huomiota myös siihen, että matkat muodostavat huomattavan suuren kustannuserän nykyisessä terveydenhoitojärjestelmässä. Tämä johtuu osaltaan siitä, että Kela-korvauksen piiriin kuuluvien matkojen kokonaiskustannus vuonna 2016 olivat 315 miljoonaa euroa eli samaa suuruusluokkaa kuin lääkäri- tai hammashoidon korvaukset. Vieläkin tärkeämpää on kuitenkin se, että matkakustannusten keskimääräinen Kela-korvausprosentti oli niinkin korkea kuin 85,6 %. Tämän seurauksena matkoja korvattiin Kela-korvauksilla **270** miljoonaa euron suuruuisella rahamäärällä. Tämä summa oli yli kaksinkertainen verrattuna lääkäri- ja hammashoidon yhteenlaskettuun Kela-korvaukseen, joka oli **115** miljoonaa euroa.

Matkakorvausten suuruuden huomioonottaminen on perusteltua jo siksi, että käsittelyn kohteena oleva malli johtaisi todennäköisesti kuntien terveyskeskusten vähenemiseen ja sellaisten yksityisten palvelutuottajien sote-keskusten perustamiseen, jotka olisivat monille asiakkaille nykyisiä palveluja kauempana. Kun nämä matkakorvaukset eivät

⁴ HE 16/2018 s. 296 ja 390

Reijo Vuorento
4.6.2018

7

kuulu maakunnan korvattaviin menoihin, ne eivät todennäköisesti ottaisi niitä riittävästi huomioon suunnitellessaan maakunnan palveluverkosta.

Kysymys ei kuitenkaan ole pelkästään maakunnallisten päätösten osaoptimointiin liittyvästä ongelmasta, jossa toiselle taholle syntyviä kustannuksia ei oteta huomioon.

Yhtenä huomattavan tärkeänä yleistavoitteena, joka näyttää jäävän uudistuksen yliajamaksi on pyrkimys, jonka mukaan asiakkaita tulee hoitaa mahdollisimman pitkään heidän omassa kodissaan siten, että tarvittavat palvelut voidaan järjestää kotihoitoa käyttämällä. Nykyisessä järjestelmässä terveyskeskuksilla on huomattavasti paremmat valtuudet sairaanhoitopalvelun järjestämiseen kuin kaavailluilla sote-keskuksilla.

Tähän asiakokonaisuuteen liittyy myös se, että usein kodissa annettavaa sairaanhoitoa tarvitsevat asiakkaat tarvitsevat usein myös muuta jokapäiväiseen elämiseen tarvittavaa apua. Koska nykyisin molemmat kuuluvat kuntien toimivaltaan, omistuksellisia raja-aitoja ei ole. Sen sijaan ehdotetussa mallissa sosiaalitoimen kotiapu kuuluisi lähinnä maakuntien liikelaitosten toimivaltaan. Tämä asia on yksi selkeä esimerkki siitä, minkälaisia eri toimintojen integrointiongelmia esitetty malli tuottaisi.

Samaan asiaan liittyy laajempi kysymys siitä, miten esimerkiksi vanhusten asuminen voidaan toteuttaa heidän itsensä toiveiden mukaisesti, mutta samalla myös yhteiskunnan kannalta mahdollisimman kustannustehokkaasti. Tällöin perusratkaisuna ovat edellä käsitellyt vanhuksen erilaiset kotipalvelut. Toisena vaihtoehtoisena ratkaisuna ovat erilaiset vanhuksille sopivat erityiset erityisasuntoratkaisut. Kolmantena ovat sitten varsinaiset sairaalatyypiset ratkaisut.

Näistä viimeksi mainitut ovat tunnetusti yhteiskunnalle kalleimmat. Nyt käsiteltävän esityksen eräänä keskeisenä puutteena on se, että siinä käsitellään lähinnä vain perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon uudelleen organisointia painopisteen ollessa perusterveyshuollon uudistamisessa. Samalla laajemmat terveydenhuoltoon liittyvät kysymykset ovat jääneet vähälle huomiolle tai jääneet kokonaan käsittelemättä.

Kuitenkin käsiteltäessä terveydenhuollon kokonaiskustannuksia erityisesti väestön vanhenemisen haasteet muodostavaa keskeisen osa-alueen. Olennaista nykyisen tilanteen ja ehdotetun mallin osalta on se, että nykyisin perusvastuu perusterveydenhuollossa, kotipalvelujen järjestämisessä sekä vanhuksille sopivien erityisasuntoratkaisujen edistämässä on kunnalla. Sen sijaan ehdotetun mallin keskeisenä ongelmana on toimivan yleiskoordinaation puute, jota koordinaatiovelvoitteen siirto maakunnille ei ratkaise.

Muutoinkin vaikka monet esitetyn mallin puutteet tiedostetaan, on annettu sellainen kuva, että asian kiirehtiminen on perusteltua muun muassa julkisen talouden kestävydestä johtuvista syistä.

Yksimielisyys vallitsee siitä, että maa tarvitsee potilastietojärjestelmän, joka lisäisi toimintojen tehokkuutta merkittäväällä tavalla.

Itse asiassa koko sote-uudistuksen edellytys on tällaisen integroidun potilastietojärjestelmän toteuttaminen. Kuitenkin aikataulut näin laajan uudistuksen toteuttamiseen ovat tältäkin osin epärealistisen kireät. Nämä ylikireät aikataulut lisäävät kustannuksia ja vaarantavat samalla tämänkaltaiselle potilastietojärjestelmälle asetettavat laadulliset tavoitteet.

Hallitus antaa ymmärtää, että potilastietojärjestelmän kehittämisen aikaansaama tuottavuuden nousu voisi tapahtua vain sote-uudistuksen yhteydessä. Kun kysymys ei ole erityisistä maakunnallisista tietojärjestelmistä, vaan koko valtakuntaa palvelevasta Kanta-järjestelmän kehittämisestä, tietojärjestelmän kehittämisestä aiheutuvien säästöjen kytkeminen vain sote-uudistukseen on perusteetonta.

Kiinteistöjen omistus ja hallinta

Sote-mallissa kiinteistöjen hallinta on keskitetty Maakuntien tilakeskukselle. Tämän ratkaisun keskeisenä ongelmana on terveydenhoitokiinteistöjen hallinnollinen erottaminen varsinaisesta terveydenhoidollisesta päätöksenteosta. Näin ollen esimerkiksi terveydenhoidollisten kiinteistöjen sairaaloiden rakentamis- ja korjauspäätökset tehtäisiin irrallaan siitä osaamisesta, joka varsinaiseen terveydenhoidon hallintoon pyritään saamaan.

Tämä asia voidaan pelkistää siten, että terveydenhuollon keskeiset resurssit ovat osaava henkilökunta ja tämän henkilökunnan työskentelyedellytysten vaatimat rakennukset. Näiden kahden ”resurssin” hallinnon tulisi olla täysin integroitu.

Näin ei ole ehdotetussa sote-mallissa, vaan Maakuntien tilakeskus Oy olisi valtiovarainministeriön alainen, yleiseen kiinteistöhallinnolliseen osaamiseen rajoittuva toimielin. Se toimisi maakuntien hallinnosta erillään. Tämän seurauksena on riski, jonka mukaan myös toiminnan tavoiteasettelu vääristyy ja sairaanhoidolliset tavoitteet ja niihin liittyvä osaaminen jäävät toissijaisiksi.

Esimerkiksi sairaalakiinteistöt ovat osa häiriötöntä sairaalatoimintaa, joka koostuu investoinneista, ylläpidosta, korjauksesta ja turvapalveluista. Tämän varmistamiseksi on rakennettu tätä koskevat alueelliset osaamiskeskukset, jotka nyt lakkautetaan ja siirretään Tilakeskukselle, jonka palveluksia maakuntien on veloitettu käyttämään.

Epävarmuutta kasvattaa myös kuntaomisteisten kiinteistöjen tulevaisuus kolmen vuoden jälkeen toiminnan siirrosta.

Reijo Vuorento
4.6.2018

9

Maakuntien tilakeskus Oy vuokraisi tilat maakunnille, jolloin vuokrassa otettaisiin huomioon kiinteistöjen hoito, kunnossapito sekä korvaus pääomakustannuksista ja varautuminen niihin. Yhtenä olennaisena tilavuokraan vaikuttavana tekijänä on se, minkälaisilla ehdoilla tilakeskus voi saada markkinoilta lainaa investointien rahoittamiseksi.

Maakuntien tilakeskuksen mukaan tilakustannukset olisivat noin 10 % sosiaali- ja terveydenhoitosektorin kokonaiskustannuksista, kun ne nyt esimerkiksi HUS:ssa ovat noin 8 %. Tilakeskuksen tuottovaatimus on 6 % ja hallintokustannusten peittämiseen menisi 2 %.

Maakuntien tilakeskuksen tarkoituksena on nostaa näiden tilojen tuottotasoa, eli käytännössä näiden tilojen vuokria. Tämän seurauksena tilakustannukset kasvaisivat tämän hetken arvion mukaan vähintään noin **200** miljoonaa euroa vuosittain.

Tämä kasvu johtuu suurelta osin kiinteistöille asetettujen tuottovaatimusten kasvusta. Koska maakunnat eivät omista tilakeskukselle siirrettyjä kiinteistöjä, mutta joutuvat maksamaan näiden vuokrat, ovat korkeat vuokrat huomattavana rasituksena maakuntien taloudelle.

Vuokratkustannuksia voimakkaasti nostavana tekijänä on myös se, että kiinteistöinvestointien vaatima lainarahoitus jouduttaisiin toteuttamaan olennaisesti kalliimmalla korkorakenteella (noin 4 prosenttia) kuin nykyisin (noin 1 prosenttia). Kaavailtujen sairaalainvestointien taso tällä hetkellä on noin 5 miljardia euroa. Mikäli tämä rahoitettaisiin kokonaan vieraalla pääomalla, korkorasituksen kolmen prosenttiyksikön kasvusta seuraisi vuotuinen noin 150 miljoonan euron lisäkustannus. Tästä seuraisi kymmenessä vuodessa noin **1,5 miljardin euron** täysin tarpeeton lisäkustannus, joka siirtyisi lähtökohtaisesti valtion maksettavaksi.

Tämä ylimääräinen korkorasitus johtuu siitä, että nykyisin kuntien ja kuntayhtymien sote-investoinnit on voitu rahoittaa kuntien yhteisen varainhankintajärjestelmän kautta, jonka keskeisten toimijoiden luottoluokitus seuraa valtion luottoluokitusta. Maakuntien tilakeskus puolestaan joutuisi pienellä taseellaan maksamaan huomattavaa riskilisää rahoitusmarkkinoilla nykyiseen tilanteeseen verrattuna. Maakuntien tilakeskus siirtäisi nämä korkomenot tilavuokrien osana maakuntien maksettavaksi. Kun menoraamit ovat tiukat, nämä kasvavat menot on otettava hoidon tasosta ja laadusta tinkimällä tai sitten lisättävä valtion rahoitusta maakunnille Tilakeskuksen korkomenojen kattamiseksi.

Edellä olevan perusteella sote-paketin kiinteistöjen omistusta ja niiden hallintoa koskevat ratkaisut tulisi kokonaisuudessaan ottaa uudelleen käsiteltäviksi. Kysymys on

Reijo Vuorento
4.6.2018

10

tällöin sekä toimintojen laadusta, että niiden aiheuttamista perusteettoman suurista kustannuksista.

Tiivistetysti

Valtiontaloudelliset tekijät eivät tue sitä, että muun muassa eduskuntakäsittelyä painetaan eteenpäin lakiesityksen laajuuteen ja vaikeuteen nähden aivan poikkeuksellisin kireillä aikatauluilla. Kun otetaan huomioon se, että hallituksen esitykset on valmisteltu monilta osin puutteellisesti, olisi perusteltua käsitellä lakiesitykset eduskunnassa asianmukaisella tavalla. Tämä olisi perusteltua nimenomaan myös valtiotaloudellisista syistä.

Valtiontaloudellisia kustannuksia lisäävät seuraavat seikat:

- **Merkittävä yhteiskunnan rahoitusvastuun kasvu**
- **Terveydenhoitohenkilöiden hyppäyksellisen nopea kasvu, josta aiheutuu sektorin palkkatason nousu**
- **Palvelutuottajat voivat esitetystä mallissa ratkaisevalla tavalla vaikuttaa kapitaatiokorvauksia koskevaan päätöksentekoon, joka määrittää keskeisellä tavalla heidän toimintansa kannattavuuden ja samalla hankkeen valtiontaloudelliset kustannukset;**
- **Merkittäviä ongelmia voidaan havaita eri toimintojen integraatiossa, jonka seurauksena ei samassa määrin voida toteuttaa kustannustehokkaimpia vaihtoehtoja, kuten kotona-asumisen tukemista.**
- **Kiinteistöjen hallintaa ja lainarahoitusta koskevat ratkaisut nostavat sosiaali- ja terveydenhoitoa palvelevan kiinteistökannan rakentamiseen ja korjaamisen otettujen lainojen korkomenot ja kiinteistöjen vuokramenot perusteettoman korkeiksi**
- **Monet keskeiset osatekijät muuttuvat siten, etteivät viranomaiset voi niihin vaikuttaa**

Ehdotetun mukaisen sote-uudistuksen toteuttamisesta ei aiheutuisi 3 miljardin säästöjä, kuten hallitus on hankkeen keskeisenä perusteena esittänyt. Päinvastoin hankkeen toteuttamisesta seuraisi monien miljardien euron lisäkustannukset.

Tiivistetysti tämä johtuisi seuraavista osatekijöistä:

- Kela-korvausta saavien lääkäri- ja suunhoidon asiakkaiden siirtyminen huomattavasti enemmän julkisia varoja vaativien sote-keskusten asiakkaiksi lisäisi valtion menoja vähintään 500 miljoonaa euroa vuosittain, vaikka lääkäri- ja suunhoidon palvelujen käyttö ei kasvaisikaan. Vastaavasti vuosina 2020-2029 tästä seuraisi **5 miljardin** euron julkiseen valtaan kohdistuva menojen lisäys. Todellisuudessa julkiset menot olisivat ajan myötä olennaisesti korkeammat

lääkäri- ja suunhoidon palvelujen käytön kasvaessa. Tämän jonojen purun kustannukset eivät sisälly edellä oleviin lukuihin, koska riittävän tarkkoja perusteita laskelmien esittämiseen ei tältä osin ole olemassa.

- Työterveyshoito korvautuisi vähitellen ainakin osittain sote -keskusten palveluilla, joissa julkisen rahoituksen osuus on niissä huomattavasti korkeampi kuin työterveyshuollossa. Euromääräiset lisäkulut eivät ole tarkasti laskettavissa, mutta ne ovat todellisia. Samalla otetaan riski, jonka mukaan hyvin toimiva työterveyshuolto vähitellen rapautuu.

- Kapitaatiokorvauksiin tulisi ajan kuluessa sisältymään ylikompensaatiota, koska kapitaatiokorvausten määrittäminen perustuu tulkinnanvaraisiin virkamiespäätöksiin sen sijaan, että yksityisiltä toimijoilta saatavat palvelut hinnoiteltaisiin markkinatalouden pelisääntöjen mukaan kilpailuttamisen tuloksena.

- 3 miljardin euron säästö kymmenen vuoden aikana perustuisi hallituksen mukaan on terveydenhoitosektorin tuottavuuden kehitykseen. Arvio on epärealistinen, koska voidaan arvioida sote-uudistuksesta aiheutuvan sote-henkilöstön hyppäyksellisen kasvun ja laaja-alaisten hallinnollisten prosessien johtavan palkkatason ylimääräiseen nousuun. On lisäksi syytä korostaa sitä, että esimerkiksi tuottavuuden kehitys ei sellaisenaan heijastu valtion menoja alentavasti, vaan asia olisi huomioitava kapitaatiokorvauksia alentavana tekijänä. Tällaisen kehityksen toteutuminen olisi käytännössä epätodennäköistä.

Voidaankin arvioida, että 3 miljardin säästö muuttuisi muun muassa palkkatason nousun johdosta 3 miljardin suuruiseksi lisäkustannukseksi. Huomattava osa näistä lisäkustannuksista on jo toteumassa etupainoitteisesti.

Valtiovarainvaliokunnan arvion mukaan palkkaharmonisaation tuloksena aiheutuisi 700-1 000 miljoonan euron lisäkustannus. Sote-uudistuksen toteuttamisen käynnistyskustannuksiksi on lisäksi arvioitu noin 500 - 1000 miljoonan euron lisäkustannus.

- Sote-toimintoja palvelevien kiinteistöjen hallinta on keskitetty Maakuntien tilakeskukselle. Samalla lakkautettaisiin nykyiset, erityisesti sairaalakiinteistöjen alueelliset osaamiskeskukset. Seurauksena tästä olisi sote-kiinteistöjen hallinnan ammattitaidon heikentyminen. Tämän ohella maakuntien tilakustannukset kasvaisivat tilakeskuksen tuottotavoitteen seurauksena huomattavasti, tämän hetken arvion mukaan noin 200 miljoonaa euroa vuosittain nykyisestä, eli kymmenen vuoden aikana noin 2 miljardilla eurolla.

Kustannuksia voimakkaasti nostavana tekijänä on myös se, että kiinteistöinvestointien vaatima lainarahoitus jouduttaisiin toteuttamaan olennaisesti kalliimmalla korkorakenteella (noin 4 prosenttia), kuin nykyisin (noin 1 prosenttia). Tästä aiheutuisi vuosittain arviolta 150 miljoonan euron ja vastaavasti kymmenessä vuodessa noin **1,5 miljardin** euron täysin tarpeeton kustannuserä.

Edellä olevan perusteella sote-uudistuksen toteuttamisesta aiheutuisi noin 9.5 miljardin lisäkustannus. Kun lisäksi 3 miljardin kustannussäästö jää pois, sote -uudistuksesta aiheutuisi 12,5 miljardin euron lisäkustannus hallituksen ilmoittamaan kustannustasoon verrattuna.

Tähän laskelmaan ei sisälly Maakuntien tilakeskuksen tuottotavoitteesta johtuvaa maakuntien tilavuokrien nousua, koska näin muodostuneet tulot ovat pääosin valtiokonsernin sisäistä tulojen siirtoa.

Edellä oleva luettelo lisäkustannuksiksi ei ole täysin kattava, koska siihen on otettu vain sellaisia huomattavan yksiselitteisiä toimintoja, joiden kustannusvaikutusten laskentaperusteet voidaan määrittää.

Tämän mukaisesti euromääräistä tarkastelua ei ole esitetty jonojen purkuun tarvittavan henkilöstön lisäyksen taloudellisesta vaikutuksesta, vaikka tämä tavoite on koko hankkeen eräs keskeistä tavoitteista Tätä lisäkustannusta ei ole voitu ilmoittaa, koska mitään selkeää laskentapohjaa ei tältä osin ole käytettävissä.

Todellisuudessa sote-uudistuksen toteuttamiseen sisältyy muitakin toimintoja, jotka nostavat sote-toimintojen kustannustasoa, vaikka euromääräisiä lukuja ei voida esittää. Näitä tekijöitä ovat muiden ohella työterveyshuoltoon ja kapitaatiokorvauksiin liittyvät toiminnot. Lisäksi euromääräisen tarkastelun ulkopuolella on jäänyt integraation heikentymisestä ja muusta toimintojen kokonaistehokkuuden heikentymisestä aiheutuvat valtiontaloudelliset vaikutukset.

Johtopäätöksenä edellä olevasta on, että sote-uudistuksen todelliset valtiontaloudelliset kustannukset tulisivat olemaan huomattavasti korkeammat kuin mitä edellä esitetyssä euromääräisessä tarkastelussa on esitetty.
